



Declaración de no divulgación
del
número de la seguridad social

Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____

Escuela a la que asiste el estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Al firmar esta renuncia, reconozco que me niego a proporcionar una copia de la tarjeta de la seguridad social de mi hijo al distrito escolar del condado de Boone. Si firma esta renuncia, su hijo **no podrá** recibir **fondos de la Beca a la Excelencia Educativa de Kentucky** para su educación universitaria.

También comprendo que los programas que exijan el número de la seguridad social para participar dentro del distrito escolar del condado de Boone y/o el Departamento de Educación de Kentucky no estarán disponibles para mi hijo.

Firma del padre _____ FECHA: _____